



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## CAS CLINIQUE

# Une malformation artérioveineuse utérine acquise traitée avec succès par ligature sélective de l'artère iliaque interne



*Successful management of an acquired uterine arteriovenous malformation by selective ligation of the internal iliac artery*

F. Raherinantenaina<sup>a,\*</sup>, T.M.A. Rajaonahary<sup>a</sup>,  
T.A.V. Randriamandrato<sup>b</sup>, H.N. Rakoto Ratsimba<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie générale et vasculaire, CHU/HUJRA, BP 4150, Antananarivo, Madagascar

<sup>b</sup> Service de réanimation chirurgicale, CHU/HUJRA, BP 4150, Antananarivo, Madagascar

Reçu le 27 mai 2014 ; accepté le 8 janvier 2015

Disponible sur Internet le 13 mars 2015

### MOTS CLÉS

Embolisation ;  
Hystérectomie ;  
Ligature artérielle ;  
Malformation artérioveineuse utérine

**Résumé** Les malformations artérioveineuses utérines peuvent être congénitales ou acquises. La forme acquise résulte des anomalies artérioveineuses faisant communiquer une ou plusieurs artères utérines et plexus veineux en provenance de l'endomètre et/ou du myomètre sans interposition de nidus vasculaire. Elle est composée de shunts artérioveineux tortueux, fragiles et à faible résistance. Il s'agit d'une pathologie rare mais grave pouvant menacer le pronostic vital. La stratégie thérapeutique est déterminée par les symptômes, le désir de grossesse ultérieure, l'extension et la localisation de la malformation. Les deux principaux types de traitement sont l'embolisation sélective et l'hystérectomie. La ligature sélective des vaisseaux nourriciers, rarement pratiquée, est une option efficace lorsque les méthodes conservatrices ont échoué. Nous en rapportons un nouveau cas traité avec succès par ligature sélective de l'artère iliaque interne au niveau de sa branche de division antérieure.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### KEYWORDS

Arterial ligation;  
Embolization;

**Summary** Uterine arteriovenous malformations can be congenital or acquired. When acquired, they result from abnormal arteriovenous communication between one or more uterine arteries and a myometrial and/or endometrial venous plexus, without the interposition of a vascular nidus. Arteriovenous malformations are composed of a tortuous net of fragile low-resistant arteriovenous shunts. Uterine arteriovenous malformations create a rare and potentially

\* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : heryfano@yahoo.fr, urovasc@yahoo.fr (F. Raherinantenaina).

Hysterectomy;  
Uterine arteriovenous  
malformation

life-threatening condition. The method of treatment is determined by symptoms, desire for future fertility, extent, and location of the malformation. The first treatment option for uterine arteriovenous malformation is hysterectomy, and the second option is uterine artery embolization. Selective ligation of the vessels supplying the malformation is an effective treatment option when conservative methods have failed. The present report describes a patient whose uterine arteriovenous malformation was successfully managed by selective ligation of the internal iliac artery.

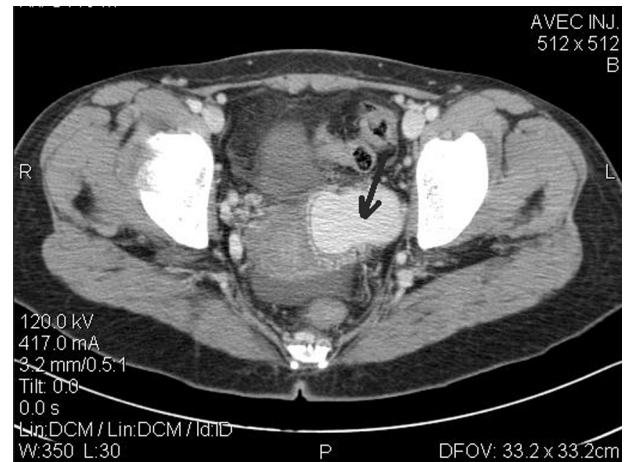
© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Les malformations artérioveineuses (MAV) utérines sont relativement fréquentes. Le plus souvent, elles sont acquises, suite à un traumatisme endo-utérin tel que curetage, révision utérine, césarienne ou secondaires à une rétention de tissu trophoblastique [1]. Dans leur prise en charge, le traitement chirurgical peut être proposé lorsque les méthodes conservatrices par embolisation ont échoué [2–4]. Toutefois, l'hystérectomie reste la méthode radicale classique. En intention curative et conservatrice, la ligature sélective des vaisseaux nourriciers représente une alternative thérapeutique efficace. Dans la littérature, seulement quelques cas de méthodes chirurgicales conservatrices ont été rapportés. Nous décrivons le cas d'une MAV utérine acquise traitée avec succès après une ligature unilatérale sélective de l'artère iliaque interne.

## Observation

Une femme âgée de 23 ans nous a été adressée au mois de février 2012 pour suspicion d'une fistule artérioveineuse iliaque gauche. À l'interrogatoire, cette patiente avait des métrorragies intermittentes et une douleur pelvienne gauche évoluant depuis un mois. Dans ses antécédents, nous avons noté une grossesse menée à terme, deux fausses couches spontanées puis une grossesse molaire et une mort fœtale in utero (MFIU). La grossesse molaire, survenue en 2006, était traitée par curetage et aspiration endo-utérine. La MFIU survenait en 2009; elle était compliquée d'une rétention placentaire nécessitant un curetage aspiratif. Ce dernier acte était à l'origine d'un saignement abondant traité localement (voie basse) par suture hémostatique. L'examen clinique trouvait une patiente en bon état général et stable sur le plan hémodynamique. La palpation abdominale provoquait une douleur dans la fosse iliaque gauche. L'examen gynécologique révélait un saignement de faible abondance d'origine endo-utérine sans anomalie cervicale. Le bilan biologique était normal : taux d'hémoglobine 12 g/dL, un dosage de  $\beta$ HCG négatif, absence de trouble de la coagulation. La biopsie endométriale et le frottis cervical étaient normaux. L'échographie pelvienne couplée au Doppler couleur et pulsé montrait une formation hypervasculaire avec un flux turbulent située au contact de la ligne cavitaire latéralisée à gauche et évocatrice d'une MAV intra-utérine. L'angio-TDM pelvienne objectivait en coupe axiale une image hyperdense assez volumineuse latéralisée



**Figure 1** Angio-TDM pelvien objectivant en coupe axiale une masse latéralisée à gauche.

*Computed tomography with injection showing a fairly large mass in the left pelvic sidewall.*

à gauche et refoulant la cavité utérine. Le contour de cette masse était irrégulièrement arrondi et dont la portion médiale occupait la paroi latéro-utérine gauche (Fig. 1). L'image de reconstruction 3D confirmait l'existence d'une fistule artérioveineuse entre l'artère iliaque interne gauche et sa veine satellite (Fig. 2a et b). L'IRM et l'angiographie faisaient défaut en raison de la non-disponibilité du plateau technique. La patiente était opérée de manière différée par un abord pararectal gauche, en sus-pubien et extra-péritonéal. À l'exploration, une perception de thrill était objectivée à la palpation des vaisseaux iliaques internes sous-jacents. La malformation, profondément localisée dans la paroi utérine, était difficile à mettre en évidence et n'était pas battante. Après dissection vasculaire et repérage de l'uretère pelvien, la division antérieure de l'artère iliaque interne gauche était sectionnée et ligaturée sur les deux bouts libérés à l'aide d'un fil non résorbable type prolène 3/0. Les suites opératoires étaient simples avec un arrêt des métrorragies et une reprise de cycles irréguliers mais d'abondance normale. Lors du suivi, la douleur pelvienne s'atténuait progressivement pour disparaître complètement au bout d'un mois. Par rapport à la ligature de l'artère iliaque interne, aucun signe d'ischémie distale (claudication fessière) n'était observé. Le contrôle échographique à six mois était satisfaisant avec une disparition complète de l'anomalie vasculaire.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2974248>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2974248>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)